

医療助成費支給申請書 (柔道整復師用)

都道府県番号 13 施術機関コード

保険者番号

記号・番号

Table with columns for public cost burdener number (公費負担者番号) and medical cost recipient number (公費負担医療の受給者番号).

Table with insurance type (保険種別) and payment ratio (給付割合) columns.

被保険者 氏名 世帯主・組合員の受給者 住所

提示された医療証の公費負担者番号、受給者番号を記入

医療保険の給付割合 該当するものに○

療養を受けた者の氏名 生年月日 負傷の原因

Table with columns for injury name (負傷名), injury date (負傷年月日), and treatment dates (施術開始年月日).

「実日数」と一致するよう 施術を行った日に○を記入

Table with columns for treatment progress (経過) and request type (請求区分).

Table with columns for initial examination fee (初検料), transportation fee (往療料), and metal plate fee (金属副子等加算).

Table with columns for treatment fee (施術料) and other charges (加算).

Table with columns for percentage of self-payment (一部負担金相当額) and treatment details.

◆一部負担金相当額について
・マル親(81137・・・)、マル乳、マル子・マル青(証の右上に「通院負担有200円」の記載がないもの)は一部負担金相当額はゼロ
・マル親(81136・・・)は、1割負担
・マル子・マル青(証の右上に「通院負担有200円」の記載があるもの)は、1回200円(ただし、200円に満たない場合はその額)

◆請求金額(医療助成費)
保険適用の自己負担額から、左記の一部負担金相当額を除いた額

Table with columns for self-payment amount (一部負担金相当額) and request amount (請求金額).

Table with columns for payment method (支払区分) and financial institution (金融機関).

上記のとおり施術したことを証明します。
受取代理人への委任の欄
この欄は、患者が記入してください。ただし、患者が記入する事ができない場合には、代理記入の上、ば印してください。

備考 この用紙は、A列4番とすること。